

放射線治療依頼書

(診療情報提供書)

患者氏名： _____

生年月日： _____ 年齢： _____

1) 診断： _____

2) 手術： _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

3) 病理： _____

《記載例： R/C Sci.ca 1.5cm、ly1、v0、ER+、PgR-、HER2-、pN1(1/3) T1N1M0 stage II A》

4) 断端： 陽性 陰性

5) 希望照射部位： 残存乳房 胸壁

リンパ節 (腋窩 鎖骨下 胸骨傍 鎖骨上)

その他 _____

6) 化学療法： なし あり 治療内容 _____

放射線治療歴： なし 取り寄せ済み 取り寄せ中

7) 特記事項： _____

【病理報告レポートを添付してください】

年 _____ 月 _____ 日

病院名： _____

主治医： _____